



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD  
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

**TESIS**

**Para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería**

Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus  
en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un  
consultorio especializado en un establecimiento de salud  
ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022

**PRESENTADO POR**

Samillan Trujillo, Yaritza Sofia

**ASESOR**

Robles Hurtado, Isabel Jackelin

**Lima, Perú, 2024**

## INFORME DE ORIGINALIDAD ANTIPLAGIO TURNITIN

Mediante la presente, Yo:

1. SAMILLAN TRUJILLO YARITZA SOFIA : DNI: 75564191.

Soy egresada de la Escuela Profesional de **ENFERMERÍA** del año 2021 y habiendo realizado<sup>1</sup> **TESIS** para optar el Título Profesional de <sup>2</sup> LICENCIADA EN ENFERMERIA, se deja constancia que el trabajo de investigación fue sometido a la evaluación del Sistema Antiplagio Turnitin el \_\_\_30\_\_\_ de \_\_\_ Setiembre \_\_\_ de \_\_\_ 2023, el cual ha generado el siguiente porcentaje de similitud de<sup>3</sup>: 18% (dieciocho por ciento).

En señal de conformidad con lo declarado, firmo el presente documento a los 30 días del mes de Setiembre del año 2023.



---

**SAMILLAN TRUJILLO YARITZA SOFIA**



---

**Asesor(a): ROBLES HURTADO ISABEL JACKELIN**

**DNI 46375304**

---

<sup>1</sup> Especificar qué tipo de trabajo es: tesis (para optar el título), artículo (para optar el bachiller), etc.

<sup>2</sup> Indicar el título o grado académico: Licenciado o Bachiller en (Enfermería, Psicología ...), Abogado, Ingeniero Ambiental, Químico Farmacéutico, Ingeniero Industrial, Contador Público ...

<sup>3</sup> Se emite la presente declaración en virtud de lo dispuesto en el artículo 8°, numeral 8.2, tercer párrafo, del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos conducentes a Grados y Títulos – RENATI, aprobado mediante Resolución de Consejo Directivo N° 033-2016-SUNEDU/CD, modificado por Resolución de Consejo Directivo N° 174-2019-SUNEDU/CD y Resolución de Consejo Directivo N° 084-2022-SUNEDU/CD.

## SAMILLAN IF

### INFORME DE ORIGINALIDAD



### FUENTES PRIMARIAS

<b>1</b>	<b>repositorio.uch.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>9%</b>
<b>2</b>	<b>repositorio.uma.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>8%</b>
<b>3</b>	<b>repositorio.uwiener.edu.pe</b> Fuente de Internet	<b>1%</b>

## **Agradecimiento**

Agradezco profundamente a mis docentes por el apoyo brindado por sus sabias palabras, por compartir sus conocimientos, por su paciencia, dedicación y tolerancia.

## **Dedicatoria**

Este trabajo está dedicado a mis padres que desde el primer momento estuvieron presentes y apoyándome durante el transcurso de mi carrera y a mi hermano que un futuro espero poder apoyarlo y culmine sus estudios satisfactoriamente.

## Índice general

Agradecimiento .....	2
Dedicatoria .....	3
Índice general.....	4
Índice de tablas .....	5
Índice de Anexos.....	6
Resumen.....	7
Abstrac .....	8
I. INTRODUCCIÓN .....	9
II. MATERIALES Y METODOS .....	18
III. RESULTADOS .....	24
IV. DISCUSIÓN .....	28
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	33
ANEXOS .....	39

## Índice de tablas

Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022 (N=127) .....	24
Tabla 2. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva (N=127) .....	25
Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión estado de ánimo (N=127) .....	26
Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión manifestaciones somáticas (N=127) .....	27

## Índice de Anexos

Anexo A. Operacionalización de la variable .....	40
Anexo B. Instrumento de recolección de datos .....	41
Anexo C. Consentimiento informado .....	43



## Resumen

**Objetivo:** Determinar la calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

**Materiales y métodos:** Se asumió el enfoque cuantitativo y el diseño fue descriptivo-transversal. La muestra estuvo conformada por 127 personas hipertensas. La técnica empleada fue la encuesta y el instrumento el cuestionario MINICHAL, de 2 dimensiones y 16 enunciados.

**Resultados:** En la valoración de calidad de vida, prevaleció el valor bueno con 69,8% (n=81), seguido del valor regular con 26,8% (n=34) y valor malo con 9,4% (n=12). En cuanto a la dimensión estado de ánimo, prevaleció el valor bueno con 71,7% (n=91), seguido del regular con 15% (n=19) y malo con 13,4% (n=17). Finalmente, en la dimensión manifestaciones somáticas, prevaleció el valor bueno con 61,4% (n=78), seguido del regular con 29,1% (n=37) y malo con 9,4% (n=12).

**Conclusiones:** En calidad de vida, prevaleció el valor bueno. En ambas dimensiones prevaleció el valor bueno.

**Palabras clave:** Calidad de vida; Pandemias; Hipertensión (Fuente: DeCS).

## Abstrac

**Objective:** To determine the quality of life during the coronavirus health emergency in people with hypertensive disease who attend a specialized clinic in a health facility located in the Northern Cone of Lima, 2022.

**Materials and methods:** The quantitative approach was assumed and the design was descriptive-transversal. The sample consisted of 127 hypertensive people. The technique used was the survey and the instrument the MINICHAL questionnaire, with 2 dimensions and 16 statements.

**Results:** In the quality of life assessment, the good value prevailed with 69.8% (n=81), followed by the regular value with 26.8% (n=34) and the bad value with 9.4% (n=12). Regarding the mood dimension, the good value prevailed with 71.7% (n=91), followed by the regular one with 15% (n=19) and bad with 13.4% (n=17). Finally, in the somatic manifestations dimension, the good value prevailed with 61.4% (n=78), followed by the regular value with 29.1% (n=37) and the bad value with 9.4% (n=12).

**Conclusions:** In quality of life, the good value prevailed. In both dimensions, the good value prevailed.

**Key words:** Quality of life, Pandemics; Hypertension (Source: DeCS)

## I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial emergió una nueva enfermedad endémica que causó la COVID-19, que surge a finales del 2019 en China y brotó rápidamente en el resto del planeta (1). Asimismo, en 2020, la Organización Mundial de la Salud (OMS) rotula esta propagación como pandemia que empieza a dejar secuelas en los dominios de la vida de la población (2), ya en diciembre de 2022 va dejando 662 300 112 casos positivos y 6 400 500 decesos a nivel global (3).

Por otro lado, las enfermedades no transmisibles (ENT) se están convirtiendo en un importante desafío para la atención sanitaria en el mundo. Dentro de las enfermedades no transmisibles tenemos a las enfermedades cardiovasculares (ECV), como la hipertensión arterial (HTA). Las enfermedades cardiovasculares son las enfermedades no transmisibles más prevalentes y ocasionan alrededor de 18 millones de defunciones anuales. Estas enfermedades son prevenibles y se presentan cada vez más casos en países en vías de desarrollo, vinculándole estrechamente a la práctica de estilos de vida inadecuados de la población. Los hipertensos son personas que tienen mayor riesgo de sufrir eventos que comprometan su salud y bienestar (4).

La hipertensión se va posicionando y escalando en la población, siendo una condición crónica, que incrementa la mortalidad y comorbilidad poblacional. En el planeta hay alrededor de 700 millones de personas que no reciben tratamiento oportuno. Solo 1 de cada 5 personas adultas tiene controlada adecuadamente su hipertensión. La pandemia acecha a estos pacientes, que por su condición de salud son vulnerables. Las acciones de prevención son al parecer las más propicias para contrarrestar esta enfermedad (5). Por tanto, la hipertensión arterial es considerada como una enfermedad cardiovascular, y es el principal padecimiento crónico en todo el mundo (6). La hipertensión arterial se asocia a factores de riesgo que, de estar expuestos a ellos por un tiempo importante, genera secuelas y complicaciones que pueden llevar a la muerte. Es un problema sanitario que debe atenderse con prioridad a nivel global (7).

En la provincia de KwaZulu-Natal, Sudáfrica, un estudio en donde aproximadamente un tercio de los participantes tenía hipertensión (32%) y el 9% diabetes, la prevalencia de hipertensión comórbida fue del 6%, y fue significativamente mayor entre las mujeres, ancianos, obesos y ex casados en comparación con sus contrapartes. La conciencia de comorbilidad fue alta (86%). Ser mujer, tener obesidad y aquellos con un bajo nivel educativo, son los más afectados por la asociación comórbida de estas dos enfermedades (8).

La hipertensión arterial se asoció a resultados adversos en personas con COVID-19. Una revisión sistemática y metaanálisis presento un total de 24 estudios donde se incluye a 99 918 pacientes con COVID-19, donde los que eran hipertensos tenían un riesgo 1,82 veces mayor de hacer la forma severa de la enfermedad y 2,17 veces de morir por coronavirus. La hipertensión arterial se asoció de forma independiente con un mayor riesgo de hacer la forma severa de COVID-19 y mayor riesgo de mortalidad hospitalaria. Además, estos hallazgos también destacan que se debe hacer más, no menos, para abordar y prevenir la hipertensión en nuestras sociedades para la prevención de enfermedades crónicas y mayores reacciones adversas a las pandemias virales (9).

Durante el confinamiento las enfermedades crónicas han aumentado considerablemente, ello debido a la suspensión de atención médica en los establecimientos de salud y aumento de contagios, ello complicó la calidad de vida de las personas y comprometían su bienestar (10). Por tanto, el comprender los cambios a lo largo del tiempo en la concientización, el tratamiento y control de la hipertensión en general y entre diferentes subpoblaciones puede informar los esfuerzos específicos para mejorar el manejo de la hipertensión arterial y reducir las disparidades (11).

La calidad de vida es una medida importante para las enfermedades no transmisibles, en términos de resultados de salud física y mental. Esta está vinculada con la hipertensión arterial que afecta el bienestar de los individuos. En Palestina por medio de un estudio en un total de 410 pacientes con hipertensión de dos centros (205 pacientes de cada centro), donde el 51,95% (213 de 410) eran mujeres. La edad media fue de 58,37 (DE 10,65) años y la calidad de vida fue de 0,80 (0 a 1). Los valores más altos de calidad de vida se asociaron significativamente con pacientes

menores de 50 años, empleados, casados, con ingresos superiores a 500 dólares, graduados universitarios, con una duración de la enfermedad de menos de 1 año, con o sin enfermedad comórbida, y aquellos que toman 1-3 medicamentos (12).

El estado de salud se asocia con la calidad de vida y bienestar, en la hipertensión arterial puede afectarse las dimensiones física, mental y social. En Rumania, un estudio reportó que los pacientes encuestados (57,43%) en su mayoría consideró que su capacidad de esfuerzo estaba disminuida a causa de su hipertensión, y el 65,05% refirió estar afectado por síntomas asociados a la enfermedad. Estos factores demostraron influir en la calidad de vida de los pacientes y estuvieron asociados con el nivel de educación sanitaria y conocimiento de las complicaciones de la enfermedad (13).

En España, un estudio señaló que, de los 262 hombres hipertensos, el 4,6% declararon que ni la hipertensión arterial ni el tratamiento afectan su calidad de vida. Los que presentaron una calidad de vida buena son el 58% frente al 52,7%, a través de los dominios "estado mental" y a "manifestaciones somáticas" respectivamente. Por último, manifestaron que en relación a las dimensiones del MINICHAL, solo el 50% presentó mejor calidad de vida (14).

En Ecuador, en un estudio donde participaron 30 personas hipertensas en la que se evidenció que la mitad de los participantes fueron personas mayores (50%), donde prevaleció los del sexo femenino (63%), casadas (57%), amas de casa (40%), instrucción básica (63%), de familias nucleares (27%), biparentales con hijos (27%), consumo bajo de sal (63%) y funcionalidad familiar normal (40%), se informó que prevaleció la calidad de vida alta (53%). El funcionamiento familiar está asociado con la calidad de vida en pacientes hipertensos, de acuerdo a como se comporte la dinámica de la familia y sus creencias, puede tener un impacto positivo o negativo en la calidad de vida del paciente (15).

En nuestro país se ha considerado la hipertensión arterial como uno de los 11 problemas sanitarios de enfermedades metabólicas y cardiovasculares (16). En el Perú existe un aumento de casos y fallecimientos por enfermedades no transmisibles, donde el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI), señala que el 21,7% de los peruanos presentan hipertensión arterial, y que durante el 2020

indicaron una prevalencia del 21,7%, de los cuales solo el 68% recibió tratamiento adecuado (17). La hipertensión arterial puede afectar la salud física/mental del hipertenso socavando así su calidad de vida (18).

La calidad de vida es un indicador que evalúa la percepción de bienestar y confort del individuo con su salud y su condición de vida. Por lo general los pacientes que presentan alguna enfermedad crónica presentan una baja calidad de vida debido a que la patología que poseen afecta en los diferentes dominios de la calidad de vida, siendo los más característicos el aspecto físico, psicológico y social (19).

La hipertensión arterial sigue siendo la causa principal de años de vida ajustados por discapacidad y muerte a nivel global, afectando a más de mil millones de adultos en todo el mundo y compromete el 10% del gasto sanitario que se vincula con las acciones para controlar la hipertensión arterial y sus complicaciones. Esta se caracteriza por la medición persistente de presión arterial sistólica (PAS)  $\geq 140$  mmHg y/o presión arterial diastólica (PAD)  $\geq 90$  mmHg, en donde se considera como uno de los principales factores de riesgo modificables de enfermedades cardiovasculares, como la principal causa de muerte en todo el mundo (11).

Por otro lado, las intervenciones no farmacológicas son un componente esencial para la prevención y el manejo de la hipertensión arterial. Las medidas de estilo de vida recomendadas que han demostrado reducir la presión arterial (PA) incluyen el control del peso, una dieta saludable, la restricción de sal, la actividad física regular y la moderación del consumo de alcohol (20).

Los factores de riesgo que implican en la hipertensión arterial, son aquellos factores que se agrupan dos grupos, en primer lugar, los factores no modificables se asocian con el estilo de vida y el consumo de sustancias nocivas. Es decir, aquellos factores de riesgo ambientales más importantes como el alto consumo de sal, el consumo de alcohol, la obesidad y la baja actividad física (21). Mientras que los factores de riesgo no modificables son aquellos relacionados con la edad, el sexo y la genética (22).

Los cuidados de enfermería a pacientes con hipertensión arterial deben ser enfocados desde una perspectiva de atención integral, donde el rol del enfermero es llevar a cabo intervenciones en el estilo de vida, centrado en reducir los factores de

riesgo modificables, así como también brindar sesiones educativas a los pacientes para promover una mayor conciencia de la enfermedad y sus complicaciones (23).

Para medir la variable principal del estudio se tiene que tener en cuenta el instrumento y para ello se utilizó el cuestionario MINICHAL, el cual es una herramienta de recolección de datos que se desarrolló en el año 2001 y consta de 16 ítems y 2 dimensiones (24), las cuáles serán detalladas en las posteriores líneas.

El estado de ánimo se define como un estado emocional de la persona frente a su condición de salud asociada a su enfermedad, el cual no solo va tener un impacto en su estado emocional, sino que también en su actitud hacia la vida. Los pacientes que padecen de una enfermedad crónica tienden tener un baja calidad de vida debido al impacto emocional y psicológico negativo de la patología consecuente a las limitaciones, discapacidades, tratamiento y falta de apoyo social (25). La hipertensión arterial también se asocia con una variedad de síntomas de angustia psicológica, debido a las complicaciones cardiovasculares y cerebrovasculares, ello conduce al paciente a una mala adherencia a la medicación y a un autocuidado deficiente, lo que provoca un control deficiente de la hipertensión arterial (26).

Las manifestaciones somáticas se refieren al impacto de las sintomatologías clínicas de la hipertensión arterial en las diferentes dimensiones de la calidad de vida de los pacientes, dichos síntomas se asocian a la presencia de la evolución de la enfermedad, así como también a la presencia de complicaciones cardiovasculares y discapacidades físicas. De modo que las manifestaciones somáticas afectan de forma significativa el estilo de vida del paciente desencadenando ciertos cambios, limitaciones y restricciones físicas-sociales y sumado a ello daños a nivel órganos diana que a largo plazo comprometen más su salud (27).

El modelo de promoción de la salud de Pender Nola (28), es uno de los modelos ampliamente conocidos, pues en esencia se emplea para modificar comportamientos no saludables y promover los que favorecen la salud. Esto necesita de un cambio en la forma como una persona lleva su vida, debe ser consciente de que aquello cambiará su vida y así favorecerá su bienestar y calidad de vida. Esta

teoría influye en la participación en comportamientos que promuevan la salud del paciente a través de la motivación y persuasión de estos. Sin embargo, el rol del enfermero es fundamental para promover y favorecer el hábito saludable en la práctica a través de la educación en salud, fomento del autocuidado y practicas preventivas, teniendo en cuenta los cuidados adecuados que se deben asumir (29).

Biobarakuma y colaboradores (30), en Nigeria, en 2022 realizaron un estudio titulado “Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en pacientes hipertensos: un estudio de intervención educativa”. Es un estudio prospectivo transversal, que contó con 425 pacientes hipertensos participantes entre 21 y 80 años de edad de dos establecimientos de salud, aplicándose el cuestionario MINICHAL, que es específico para la hipertensión. En los hallazgos informaron que los participantes eran más del sexo femenino (52,7%). También se observó que la tendencia de la puntuación de calidad de vida es de 12,96 a 8,00 y 8,70 a 8,55 en las ciudades nigerianas. Esto representa mejoras de 4,96 y 0,15 unidades en calidad de vida (rango de 51 a 0). Las diferencias no fueron significativas. La intervención provoco una atendencia positiva que favoreció la calidad de vida. Además, revelaron que la edad, el matrimonio y la educación eran indicadores sólidos que favorecen la calidad de vida en los pacientes. Concluyen que, la intervención educativa en hipertensión mejora la calidad de vida de los pacientes de ambos establecimientos de salud, y que la educación y el asesoramiento de los pacientes deben ser una herramienta continua en el manejo de su enfermedad.

Prevolnik y colaboradores (31), en Eslovenia, en 2020, desarrollaron un trabajo con el título de “Calidad de vida de pacientes con DM2 e hipertensión en Eslovenia”. Es un estudio de enfoque cuantitativo y transversal, que contó con 182 pacientes con hipertensión y 130 pacientes diabéticos de un centro de salud en Ljubljana. Utilizaron varios instrumentos entre ellas el MINICHAL. En los resultados encontraron las encuestas de MINICHAL fueron llenadas por 182 hipertensos, de las cuales tuvo una puntuación promedio por ítem de 1,44 (DE 0,685) en una escala del 1 a 4 (4=peor CV), lo que indico una CV alta en los pacientes hipertensos. Concluyen que, la CV de los pacientes con hipertensión era alto, agregando además que la condición de salud y características de la enfermedad, se vinculan a tener una buena o mala calidad de vida.



Souza y colaboradores (32), en Brasil, en 2020, elaboró el estudio “Aplicación de MINICHAL en un grupo de adultos mayores hipertensos vinculados al sector salud complementario”. El estudio fue descriptivo y de corte transversal en donde participaron 47 sujetos y se utilizó el cuestionario MINICHAL. Los hallazgos indicaron que, en cuanto a la distribución por estado civil y situación ocupacional, el 72,3% estaba casado o vivía en pareja estable y el 79,5% reportó estar jubilado. La calidad de vida media medida por la puntuación total MINICHAL en una escala de 0 a 100 fue de  $40,1 \pm 18,2$ . Los promedios por dimensiones fueron bastante cercanos, siendo  $40,3 \pm 18,6$  en la dimensión estado mental y  $39,8 \pm 18,6$  en la dimensión manifestaciones somáticas. Se observó que el 86,6% (n=39) de los ancianos consideró que la hipertensión arterial afecta significativamente su calidad de vida. Concluyeron que la hipertensión arterial genera impacto en la calidad de vida. Una calidad de vida menor se asocia a ser mujer, tener más edad, tener comorbilidades, ser sedentario (es el que más negativamente influye) y tener sobrepeso/obesidad.

Astonitas (33), en Perú, en 2020 ejecuto un estudio cuyo título fue “Calidad de vida en ancianos con Hipertensión Arterial atendidos en el consultorio de adulto mayor del Policlínico Próceres Santiago de Surco, Lima-2019”. El estudio fue descriptivo y de corte transversal, contando con 120 individuos participantes, se utilizó el instrumento MINI CHAL. En los hallazgos se encontró que hay una calidad de vida mala en 49%, seguido de regular en 38%. En las dimensiones, se evidencio que existe una mala CV en ambas, en “estado de ánimo” con 93% y en “manifestaciones somáticas” con 49%. Concluye que la CV en hipertensos no fue favorable; la edad, las comorbilidades, la condición de salud y estar solo, influyen en una peor calidad de vida.

Cárdenas y colaborador (34), en Perú, en 2019 efectuaron una investigación que tuvo como título “Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida en hipertensos, de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue”. Es un estudio correlacional-transversal, que contó con 210 participantes, en donde emplearon instrumentos diferentes, estando entre ellos el MINICHAL. Fueron adherentes el 20,5%, y la CV que prevaleció tuvo un rango alto con el 51,4%. Entre la variable adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida, hubo relación significativa

( $p < 0,05$ ). Concluyen que, cuando mejor sea el control y cuidado de la enfermedad, mayor será la calidad de vida.

Espinoza y colaborador (35), en el 2020, en Lima Perú, hicieron el estudio “Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de HTA que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones”, donde hubo 105 participantes a los que se les aplicó el MINICHAL. En cuanto a la calidad de vida, prevaleció el valor bueno (60%), seguido de malo (28,6%) y regular (11,4%). En las dimensiones, en ambas tuvo mayor frecuencia el valor bueno, específicamente en estado de ánimo: 60%; y en manifestaciones somáticas: 54,3%. Concluye que prevaleció el valor bueno, ello debido a los controles que realizan los participantes.

La hipertensión arterial tiene un curso progresivo, si no se tienen los cuidados pertinentes, empieza a afectar una serie de órganos blanco que va afectando progresivamente la salud de la persona si no se toman las medidas de salud oportunas. Cabe destacar que en los últimos años se ha producido un aumento significativo del número de casos de hipertensión arterial, especialmente en el contexto de pandemia, debido a que los esfuerzos se han centrado en esta lucha contra esta nueva enfermedad del coronavirus, dejando de lado las ENT. Se ha descuidado el seguimiento y tratamiento de los usuarios con HTA, hecho preocupante que afectó negativamente la calidad de vida de estos individuos, ya que su enfermedad y sus complicaciones afectaron los dominios de su vida. Teniendo en cuenta estos problemas de salud pública, es necesario evaluar la CV de estos pacientes y por lo tanto la importancia de la realización de este estudio, es que se conocerá como está la situación de los hipertensos participantes, promoviendo a partir de ello un enfoque preventivo para mejorar el bienestar de estos pacientes.

Los estudios de calidad de vida se centran específicamente en los síntomas y el tratamiento clínico de la hipertensión arterial. La magnitud este problema hace que se continúe investigando sobre este tema, para así lograr evidencia nueva que permita seguir implementando acciones de cuidado que beneficien a estas personas. Lo señalado muestra, que es justificable desde todo punto de vista, el desarrollo de investigaciones que tiene como fin contribuir con conocimiento nuevo sobre el tema.

En cuanto al valor práctico, el trabajo busca que el personal de salud de la institución optimice su atención en salud de los hipertensos.

En la relevancia social, hacer hincapié que los aspectos positivos que se desprendan de los resultados deberán ser orientados a mejorar su salud y bienestar del participante.

El estudio fue elaborado teniendo en cuenta el método científico, que le otorga un sentido de rigor metodológico, que garantiza la obtención de resultados útiles y significativos, que sean tomados en cuenta como un aporte para la mejora en el cuidado de los pacientes hipertensos.

Ante lo señalado, el objetivo general del estudio fue determinar la calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

Los objetivos específicos planteados fueron:

-Determinar la calidad de vida en su dimensión estado de ánimo durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

-Determinar la calidad de vida en su dimensión manifestaciones somáticas durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

## II. MATERIALES Y METODOS

### 2.1 ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

El ángulo desde el que fue asumido este estudio fue el enfoque cuantitativo, a través del cual se puede adentrar al análisis del fenómeno abordado a través de las mediciones o magnitudes que puedan hacernos ver sus diferentes variaciones, para ello se hace uso de instrumentos de medición cuantitativos y la herramienta estadística (36).

En cuanto al diseño metodológico o ruta seguida, fue un estudio descriptivo/transversal. Es descriptivo ya que se la intención fue solo mostrar el fenómeno en su modo natural, sin realizar manipulación/intervención alguna, de esa forma se aborda el objeto de estudio mostrando características-comportamientos del fenómeno considerando sus variaciones y contexto (37) y finalmente, es transversal ya que nos da un vistazo panorámico de cómo se presenta el fenómeno en un momento específico del tiempo, esto es producto de una medición realizada en un solo momento del tiempo (la medición es previamente planificada) en que se realizó el estudio (38).

### 2.2 POBLACION Y MUESTRA

En el presente estudio se pudo conocer la totalidad de individuos que participaran (población finita), quienes son personas con HTA que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, todos los participantes son pacientes continuadores, es decir acuden más de una vez a sus controles médicos respectivos. Para tener un aproximado de los participantes, se pudo contar con el padrón de pacientes que acuden regularmente, este fue facilitado por el personal de salud que ahí labora. El número de pacientes era de 190, cantidad que representa la población, a los que se les aplico los criterios de elección que ya se habían establecido con anterioridad. Estos criterios se detallan seguidamente:

#### **Criterios de inclusión:**

- Personas con enfermedad hipertensiva que acudan al consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima.
- Personas con enfermedad hipertensiva de 30 años a más.

- Personas con enfermedad hipertensiva continuadores, es decir que acudan más de una vez a la consulta y además posean historia clínica en el establecimiento.
- Personas con enfermedad hipertensiva que acepten participar en el estudio voluntariamente.
- Personas con enfermedad hipertensiva que después de recibir la información necesaria acerca de la investigación, se les invito a dar el consentimiento informado respectivo.

**Criterios de exclusión:**

- Pacientes con enfermedad hipertensiva que no acudan regularmente al consultorio especializado o que sean nuevos pacientes sin historia clínica previa.
- Pacientes con enfermedad hipertensiva menores de 30 años o que no cumplan con el rango etario definido en los criterios de inclusión.
- Pacientes con enfermedad hipertensiva que presenten comorbilidades graves o condiciones médicas que puedan interferir significativamente con el tratamiento o seguimiento de la hipertensión, como enfermedades cardíacas avanzadas, insuficiencia renal crónica, o diabetes descontrolada.
- Pacientes con enfermedad hipertensiva que tengan dificultades para comprender el propósito del estudio debido a barreras idiomáticas, cognitivas, o educativas, y que no puedan proporcionar un consentimiento informado.
- Personas con enfermedad hipertensiva que no acepten participar voluntariamente en el estudio o que, después de ser informadas, rechacen firmar el documento de consentimiento informado.

Aplicando la fórmula para calcular la muestra, teniendo una población finita que es 190 participantes, la muestra calculada fue de 127 participantes.

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

n	Tamaño de la muestra	127.35
N	Tamaño de la población	190
Z	Nivel de confianza (al 95%)	1.96
e	Error de estimación máximo (5%)	5%
p	Probabilidad de éxito	50%
q	(1 - p) Probabilidad de fracaso	50%

### 2.3 VARIABLE DE ESTUDIO

“Calidad de vida”, representa la variable central que, según su naturaleza, es cualitativa, siendo su escala ordinal.

#### **Definición conceptual de variable principal:**

Es la valoración que hace un individuo de su condición de vida, que incluye aspectos sociales, culturales, económicos, que va en relación a su salud y confort (39).

#### **Definición operacional de variable principal:**

Es la valoración que hacen los pacientes con hipertensión arterial que acuden a su control en un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, de su condición de vida, que incluye aspectos sociales, culturales, económicos, que va en relación a su salud y confort, esto se expresa en los factores como estado ánimo/manifestaciones somáticas, que será evaluado mediante el MINICHAL

### 2.4 TECNICA E INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

#### **Técnica de recolección de datos:**

En el trabajo de campo fue empleada la técnica de encuesta, que facilito abordar a los participantes seleccionados. Esta se caracteriza por ser de fácil entendimiento y manejo en su aplicación. Además, es estandarizada (permite abordar a varios participantes en simultaneo) y flexible (se adecua a cualquier escenario). Esta

técnica es la de elección cuando se ejecutan estudios del área de salud de corte cuantitativos. Las características mencionadas hacen que sea eficaz y permita al investigador recolectar muchos datos en tiempos relativamente cortos (40).

### **Instrumento de recolección de datos:**

La calidad de vida de los hipertensos se ha puesto en riesgo en la pandemia del COVID-19, particularmente a consecuencia del aislamiento físico-social y las restricciones-cierres de los servicios de salud. Esta población se vio perjudicado y obstaculizado con respecto a su tratamiento médico oportuno. De ahí la importancia de evaluar la calidad de vida en estos pacientes. En este estudio se aplicó el cuestionario “MINICHAL”, el cual es de utilizado para estudios clínicos y de investigación en la que evalúan la CV de un paciente hipertenso en los últimos siete días. La palabra MINICHAL se deriva de “Mini Cuestionario de Calidad de vida en Hipertensión Arterial”, que fue desarrollada en España en el 2001. Consta de dos dominios, mental (10 ítems) y somáticos (6 ítems). El dominio de estado emocional incluye preguntas del 1 al 10 con una puntuación que varía de 0 a 27, y el dominio manifestaciones somáticas cuenta con preguntas del 11 al 16 con un puntaje de 0 a 21. El ultimo ítem está relacionado con el impacto general de la hipertensión arterial en la calidad de vida. Asimismo, los enunciados presentan alternativas de respuesta en escala tipo Likert (0=no, en absoluto; 1=sí, poco; 2=sí, bastante y 3=sí, mucho). Además, tiene un puntaje global de 48 puntos y según los valores finales obtenidos, estos se clasifican en tres niveles: bajo (0-10), medio (11-24) y alto (25-48). Finalmente, la CV va de 0 (mejor nivel de salud) a 48 (peor nivel de salud) puntos de valoración, la cual determinará la condición de salud del paciente hipertenso (41)(42).

## **2.5 PROCEDIMIENTO PARA RECOLECCION DE DATOS**

### **2.5.1 Autorización y coordinaciones previas para la recolección de datos**

La carta de visita emitida por la Universidad de Ciencias y Humanidades, facilito las gestiones de acceso a las instalaciones del consultorio especializado y con ello poder estar en contacto con los participantes.

### **2.5.2 Aplicación de instrumento de recolección de datos**

La información fue recolectada según la planificación hecha, en los meses de julio a octubre del año 2022. Ya en la actividad de campo, se pudo informar a los participantes sobre lo que implica ser parte de la investigación para luego facilitarles el cuestionario, el cual fue completado en un tiempo aproximado de 10 a 20 minutos. Cada ficha de cuestionario fue revisada minuciosamente para evitar datos incorrectos o enunciados sin ser completados.

### **Validez y confiabilidad del instrumento:**

Puchure y Tineo (43), elaboraron un estudio de calidad de vida en hipertensos en el año 2022, ahí desarrollaron la validez de contenido del MINICHAL, mediante un juicio de expertos, que tuvo 5 participantes y dieron una valoración promedio de su evaluación de 88%, lo cual es interpretado como buena validez. La confiabilidad fue calculada mediante la prueba de Alpha de Cronbach, obteniendo un valor de 0,972. Estos resultados demuestran que el cuestionario puede ser aplicado a nuestra realidad.

## **2.6 METODOS DE ANALISIS ESTADÍSTICO**

Siendo este un estudio cuantitativo, se empleó la estadística descriptiva y el programa estadístico SPSS en su versión 26 para hacer el análisis de los datos. Ya ingresados los datos a la matriz elaborada en el SPSS, se hizo el análisis de toda la información, en base a la variable central, dimensiones y datos generales. El uso de frecuencias, medidas de tendencia central y operación con variables, fueron de las funciones que más se emplearon. Los resultados que más resaltan, fueron incluidos en tablas a las que se les hizo la descripción para concluir con los resultados, discusión y conclusiones.

## **2.7 ASPECTOS ÉTICOS**

Los estudios clínicos y del área de salud, que incluyan a participantes seres humanos, deben de seguir conductas integras en donde se respeten los derechos y la vida de los participantes, es decir el rigor metodológico, debe tener como complemento no menos importante al rigor bioético. En esta investigación los lineamientos bioéticos aplicados se derivan de la Declaración de Helsinki (44) y el Reporte Belmont (45), los cuales inciden en el respeto de las personas participantes



y la aplicación del consentimiento informado. Los principios bioéticos fueron aplicados como sigue:

### **Principio de autonomía**

Se refiere a la capacidad de pensar, decidir y actuar libremente sin tener en cuenta los intereses del investigador, principio que pretende respetar las decisiones tomadas por esta persona y trasladarlas al uso del consentimiento informado (46).

Las personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, fueron informadas sobre el propósito del estudio y sus principales aspectos, luego se solicitó el consentimiento informado, lo que les permitió participar formalmente.

### **Principio de beneficencia**

Este comprende las buenas prácticas en investigación médica, cuyo objetivo es promover y proteger los intereses de los pacientes, con énfasis de encontrar el mayor beneficio (46).

Se explicó a las personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, sobre los aspectos positivos que se deriven del estudio.

### **Principio de no maleficencia**

Se refiere a los investigadores responsables del estudio de evitar comprometer la integridad de los participantes o exponerlos a cierto tipo de riesgos y consecuencias relacionadas con la realización del estudio (47).

A las personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima se les indicó que el estudio no representaba ningún riesgo para su salud.

### **Principio de justicia**

Enfatiza un trato justo e igualitario a todos los participantes, los beneficios deben ser dados con sentido de equidad (48).

Las personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, les fue brindado un trato cordial y respetuoso.

### III. RESULTADOS

**Tabla 1. Datos sociodemográficos en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022 (N=127)**

Información de los participantes	Total	
	N	%
<b>Total</b>	127	100
Edad	Min:30 Max75 Media:48,17	
<b>Sexo del participante</b>		
Femenino	92	72,4
Masculino	35	27,6
<b>Estado civil</b>		
Soltero(a)	6	4,7
Casado(a)	52	40,9
Conviviente	61	48,0
Divorciado(a)	1	0,8
Viudo(a)	7	5,5
<b>Nivel de instrucción</b>		
Sin instrucción	1	0,8
Secundaria	81	63,8
Superior técnico	15	11,8
Superior universitario	30	23,6

Elaboración propia

En la tabla 1, observamos que, la edad mínima de los participantes fue 30 años, seguido de la máxima 75 años y la media 48,17 años. En cuanto al sexo de los participantes, 92 participantes (72,4%) son de sexo femenino, seguido de 35 participantes (27,6%) son de sexo masculino. Según el estado civil, 61 participantes (48%) es conviviente. En cuanto al nivel de instrucción, 81 participantes (63,8%) tiene secundaria.

**Tabla 2. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva (N=127)**

<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Buena	81	63,8
Regular	34	26,8
Mala	12	9,4
Total	127	100,0

Elaboración propia

En la tabla 2, se observa que, 81 personas (63,8%) presentan una CV buena, seguido de 34 participantes (26,8%) tiene un valor regular y finalmente 12 participantes (9,4%) un valor malo.

**Tabla 3. Calidad de vida según su dimensión estado de ánimo (N=127)**

<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Buena	91	71,7
Regular	19	15,0
Mala	17	13,4
Total	127	100,0

Elaboración propia

En la tabla 3, se observa que, 91 participantes (71,7%) tienen un valor bueno, seguido de 19 participantes (15%) tienen un valor regular y finalmente, 17 participantes (13,4%) un valor malo.

**Tabla 4. Calidad de vida según su dimensión manifestaciones somáticas  
(N=127)**

<b>Nivel</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
Buena	78	61,4
Regular	37	29,1
Mala	12	9,4
Total	127	100,0

Elaboración propia

En la tabla 4, se observa que 78 participantes (61,4%) tiene una CV buena, seguido de 37 participantes (29,1%) tienen un valor regular y finalmente 12 participantes (9,4%) tiene una CV mala.

## IV. DISCUSIÓN

### 4.1 DISCUSIÓN PROPIAMENTE DICHA

Las enfermedades no transmisibles, también conocidas como enfermedades de por vida, tienen una larga duración y, por lo general, una progresión lenta. La hipertensión arterial se considera una enfermedad crónica que, de no estar controlada, puede causar complicaciones graves a corto y largo plazo, que afectaran tanto de salud como la calidad de vida. En la actualidad aun, las principales organizaciones de salud, incluida la OMS, están trabajando con expertos médicos, organismos gubernamentales y científicos de salud pública para ampliar los conocimientos científicos con el objetivo de brindar asesoramiento oportuno para controlar el desarrollo de la enfermedad en la población. Por lo pronto es fundamental valorar la calidad de vida del hipertenso, para así conocer su condición de salud y establecer ante ello acciones de salud en su beneficio.

En cuanto a la calidad de vida de los participantes, prevaleció una CV buena con un 69,8% (n=81), seguido de regular con un 26,8% (n=34) y finalmente, mala con un 9,4% (n=12). La valoración clínica puede proporcionar una buena estimación de cómo va la enfermedad de la enfermedad, pero el objetivo final del manejo de enfermedades crónicas es evitar que empeore la CV del paciente. Es importante comprender los predictores e identificar los factores de riesgo de la CV y estos factores pueden luego ser el objetivo de la prevención (49). La investigación realizada por Prevolnik y colaboradores (31), señala que la CV de los pacientes con hipertensión era alto, agregan que la condición de salud y características de la enfermedad influyen en la calidad de vida. Otro estudio realizado por Espinoza y colaborador (35), encontraron una buena CV en los pacientes (60%). Asimismo, concluyo que la CV en personas adultas mejoraría con los controles de salud continuos. Cárdenas y colaborador (34), señalaron que, la CV prevaleció fue alto con 51,4%, concluyen que cuando mejor sea el control y cuidado de la enfermedad, mayor será la calidad de vida. Sin embargo otro estudio realizado por Biobarakuma y colaboradores (30), revelo que la edad, el matrimonio y la educación eran indicadores sólidos de la CV en los pacientes. El estudio de Souza y colaboradores (32), señalo que prevaleció una CV con niveles bajos (86%). La investigación

realizada por Astonitas (33), evidencio que la CV fue bajo (49%) y medio (38%). Finalmente, concluye que la calidad de vida en hipertensos no fue favorable. Una calidad de vida menor se asocia al sexo femenino, tener más edad, tener comorbilidades, ser sedentario (es el que más negativamente influye) y tener sobrepeso/obesidad.

Los estudios han demostrado que la calidad de vida en pacientes con hipertensión puede verse influenciada por el conocimiento y las creencias de los pacientes sobre la enfermedad, la medición y el control de la presión arterial y la forma de tomar los medicamentos (50). El autocuidado en pacientes con hipertensión arterial se considera un determinante importante del control de la presión arterial, donde incluye la nutrición y el estilo de vida, las condiciones ambientales, los ingresos, el nivel socioeconómico y el tratamiento (51).

En cuanto a la dimensión estado de ánimo de los participantes, prevaleció una CV buena con 71,7% (n=91), seguido de regular con 15% (n=19) y finalmente, mala con 13,4% (n=17). Esta dimensión se asocia al bienestar emocional frente a su situación actual (enfermedad), es decir, aquellos pacientes con diagnóstico de HTA suelen experimentar emociones negativas y desesperación, y ello trae como efecto un mal pronóstico en su CV (52). Cárdenas y colaborador (34), y según su dimensión estado de ánimo prevaleció un nivel alto con 49,9%. Una mayor adherencia al tratamiento y control de la salud, favorece la CV. Souza y colaboradores (32) según su dimensión estado de ánimo indico una media de 40,3. Una CV más deteriorada se asocia a ser mujer, tener más edad, tener comorbilidades, ser sedentario (es el que más negativamente influye) y tener sobrepeso/obesidad. Astonitas (33), señalo que en cuanto a la dimensión estado de ánimo, prevaleció un nivel bajo con 49%. La condición de salud deteriorada y estar solos se asocian a una peor calidad de vida.

Los pacientes con hipertensión arterial presentan alteraciones emocionales, lo que les conduce a sufrir cuadros de depresión, ansiedad y disminución de la CV (53). Por lo general, el estado emocional de los pacientes con hipertensión arterial presenta un desequilibrio, por lo que gran parte de ellos experimentan trastornos de salud mental como depresión, ansiedad y estrés debido a la estigmatización social de la enfermedad y el insuficiente apoyo social para afrontar los desafíos de la

hipertensión arterial. Las relaciones interpersonales y el apoyo social desempeñan un papel en el cumplimiento del régimen de medicación a cualquier edad (54).

En cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas, prevaleció una calidad de vida buena con 61,4% (n=78), seguido de regular con 29,1% (n=37) y finalmente, mala con 9,4% (n=12). Esta dimensión se refiere a la sintomatología propia de la enfermedad (hipertensión), el cual trae como consecuencia limitantes en sus quehaceres diarios y genera deterioro en la CV del paciente (55). Similar a nuestro estudio fue el realizado por Cárdenas y colaborador (34), quien señaló que según su dimensión manifestaciones somáticas, prevaleció un nivel alto con 63,3%. En conclusión, señalaron que en cuanto mejor se tenga controlada la enfermedad, mejor será la CV. Souza y colaboradores (32) según su dimensión manifestaciones somáticas obtuvieron una media de 39,8. Concluyeron que un nivel menor en la CV, se debe a la presencia de los factores de riesgo y comorbilidades. Astonitas (33), señaló que en cuanto a la dimensión manifestaciones somáticas prevaleció el nivel bajo con 93%. Las comorbilidades presentes y no tener un soporte familiar/social, afecta la calidad de vida.

Las características tanto del sistema de salud como del comportamiento de los pacientes se asocian con hipertensión severa no controlada. La presencia de manifestaciones clínicas severas son un indicador que representa la presencia de complicaciones a causa de múltiples factores y uno de los más resaltantes es la falta de controles de salud oportunos, el cual se asocia significativamente con la hipertensión grave no controlada (56). Los factores demográficos, socioeconómicos y culturales del paciente son aspectos que influyen en la percepción y conducta de autocuidado del paciente. Sin embargo, la cobertura en salud es un problema grave que enfrenta el sistema de salud de nuestro país y representa un desafío para los profesionales sanitarios como para las autoridades. Los pacientes que geográficamente residen en lugares alejados de los establecimientos de salud están desfavorecidos con una atención y seguimiento terapéutico y por lo tanto al no ser atendidos, su salud se ve afectada y desarrollan complicaciones propias de la HTA por un manejo inadecuado (57).

La implementación de las medidas de COVID-19 puede haber generado preocupaciones sobre el acceso al tratamiento y la calidad de la atención médica



para pacientes con enfermedades crónicas, y que puede haber afectado la CV de hipertensos (58). Las comorbilidades preexistentes, como la hipertensión, la diabetes y las enfermedades cardiovasculares, están asociadas con la gravedad y una mayor tasa de mortalidad de la COVID-19.

La hipertensión en los países subdesarrollados, no se diagnostica ni controla en gran medida, lo que representa un espacio para realizar acciones que mejoren la situación de este problema sanitario. La implementación de estrategias de control de la hipertensión en entornos de bajos recursos depende en gran medida de consideraciones de costos, ya que en estas realidades existe carencia de recursos humanos, logísticos y de infraestructura (59). El enfermero tiene un gran desafío cuando presta atención a estos pacientes con enfermedad crónica, buscar concientizarlos sobre su enfermedad y los cuidados a tener, es una gran tarea a realizar en ellos.

## **4.2 CONCLUSIONES**

-La calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022, fue en su mayoría bueno.

-Existe influencia de la dimensión estado de ánimo predomina un nivel bueno, en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

-Existe influencia de la dimensión manifestaciones somáticas predomina un nivel bueno, en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022.

### **4.3 RECOMENDACIONES**

-Se sugiere al establecimiento de salud, que debe propugnar por fortalecer la atención a estos pacientes, la cual debe tener un enfoque integral que involucre control clínico y promoción de la salud. A través de la promoción de salud se debe buscar persuasivamente que estos pacientes se comprometan con el cuidado de su propia salud, hacerles comprender que esto depende fundamentalmente de ellos, ahí deben ser conscientes de valorar su vida y salud. La alimentación, actividad física, tranquilidad emocional, control de la presión arterial y el control de su salud, deben ser los ejes que permitan sostener en las personas una vida más saludable. El desarrollo de intervenciones adecuadas para mejorar el control de las comorbilidades puede reducir el riesgo de problemas de salud macro vasculares y microvasculares en esta población.

-Se sugiere a los profesionales enfermeros que laboran en el consultorio especializado, realizar intervenciones en base al cuidado integral en salud, el cual debe tener como marco la promoción de la salud que debe plasmarse en el cambio de estilos de vida que favorezcan su salud. El tratamiento continuo es vital en las enfermedades crónicas como la hipertensión. Educar a los hipertensos en acudir a sus controles periódicos es fundamental, así mismo trabajar en el hecho que se puedan adherir plenamente a las indicaciones terapéuticas y no terapéuticas.

-Se sugiere al personal que labora en el consultorio especializado, identificar los riesgos específicos en cada uno de los pacientes para que así estos puedan tener también cuidados específicos, uno de ellos es evitar el sobrepeso/obesidad. La obesidad hace que los hipertensos sean más propensos a la agregación de factores de riesgo de enfermedad cardiovascular aterosclerótica. La atención en salud integral y continua debe centrarse en aquellos que informaron valores de calidad de vida bajos.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Pan American Health Organization. COVID-19 Situation Reports [Internet]. Washington D.C. - EE.UU: PAHO; 2022 [actualizado en febrero de 2022; citado 20 de agosto de 2022]. Disponible en: <https://www.paho.org/es/informes-situacion-covid-19>
2. Organización Mundial de la Salud. Coronavirus (COVID-19) [Internet]. Ginebra, Suiza: OMS; 2020 [citado 20 de agosto de 2020]. Disponible en: <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019>
3. Johns Hopkins University & Medicine. Coronavirus Resource Center [Internet]. Baltimore-USA: JHU; 2023 [actualizado en marzo de 2023; citado en julio de 2023]. [Internet]. Disponible en: <https://coronavirus.jhu.edu/map.html>
4. World Health Organization. Non-communicable diseases [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2022 [actualizado el 16 setiembre de 2022; citado 31 de diciembre de 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
5. World Health Organization. Hypertension [Internet]. Ginebra-Suiza: WHO; 2021 [actualizado 25 de agosto de 2021; citado 13 de octubre de 2023]. [Internet]. Disponible en: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>
6. Kjeldsen S. Hypertension and cardiovascular risk: General aspects. Pharmacological Research [Internet] 2018 [citado 2 de octubre de 2022];129: 95-99. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1043661817311180?via%3Dihub>
7. Nikoloski Z, Mohammed A, Abdulrahman R, Saeed S, Herbst C, Saharty S, et al. Covid-19 and non-communicable diseases: evidence from a systematic literature review. BMC Public Health [Internet]. 2021 [citado 11 de febrero de 2022];21(1):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34090396/>
8. Kushitor S, Sanuade O, Baatiema L, Kushitor M, Afrifa-Anane E, Awuah R. Non-communicable disease comorbidities in KwaZulu-Natal Province, South Africa. South African Medical Journal [Internet]. 2021 [citado 5 de noviembre de 2022];111(2):149-158. Disponible en: <http://www.samj.org.za/index.php/samj/article/view/13196/9660>
9. Du Y, Zhou N, Zha W, Lv Y. Hypertension is a clinically important risk factor for critical illness and mortality in COVID-19: A meta-analysis [Internet]. 2021 [citado 10 de octubre de 2022];31(3):745–755. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7831720/>
10. Azarpazhooh R, Morovatdar N, Avan A, Phan T, Divani A, Yassi N, et al. COVID-19 Pandemic and Burden of Non-Communicable Diseases: An Ecological Study on Data of 185 Countries. J Stroke Cerebrovasc Dis. [Internet]. 2020 [citado 11 de febrero de 2022];30(3):201-205. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7315949/>
11. Foti K, Wang D, Appel L, Selvin E. Hypertension awareness, treatment, and

- control in US Adults: Trends in the hypertension control cascade by population subgroup (National Health and Nutrition Examination Survey, 1999-2016). *American Journal of Epidemiology* [revista en Internet] 2019 [acces. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7212399/>]
12. Al-Jabi S, Zyoud S, Sweileh W, Wildali A, Saleem H, Aysa H. Assessment of health-related quality of life among patients with hypertension: a cross-sectional study from Palestine. *The Lancet* [Internet]. 2019 [citado 16 de octubre de 2022];393:1. Disponible en: [https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(19\)30595-1/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(19)30595-1/fulltext)
  13. Suciú L, Suciú M, Voicu M, Mureşan R, Pârv F, Buda V. Factors influencing adherence to treatment and quality of life for a group of patients with essential hypertension in Romania. *Patient Preference and Adherence* [Internet]. 2021 [citado 21 de diciembre de 2022];15(1):483-491. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7926037/pdf/ppa-15-483.pdf>
  14. Diosdado M. Cquality of life in men with arterial hypertension. *Rev Esp Public Health* [Internet]. 2021 [citado 15 de marzo de 2022];95(6):1-15. Disponible en: [https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos\\_propios/resp/revista\\_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C\\_202109110.pdf](https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL95/ORIGINALES/RS95C_202109110.pdf)
  15. Carrillo-Bayas G, Llerena-Guachambala E. Participación familiar para mejorar la calidad de vida en personas con hipertensión arterial. *Dom Cien* [Internet] 2020 [citado 10 de noviembre de 2022];6(4):240-253. Disponible en: <https://dominiodelasciencias.com/ojs/index.php/es/article/view/1620/3097>
  16. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud. Prioridades Nacionales de Investigación en Salud en Perú 2019-2023 [Internet]. Lima-Perú: MINSa-INS; 2019. p. 7. Disponible en: [https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución\\_Ministerial\\_N\\_658-2019-MINSa.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/343478/Resolución_Ministerial_N_658-2019-MINSa.PDF)
  17. Instituto Nacional de Estadística e Informática. El 39,9% de peruanos de 15 y más años de edad tiene al menos una comorbilidad [Internet]. Lima-Perú: INEI; 2021 [actualizado en abril de 2021; citado 15 de mayo de 2023]. Disponible en: <https://www.inei.gob.pe/prensa/noticias/el-399-de-peruanos-de-15-y-mas-anos-de-edad-tiene-al-menos-una-comorbilidad-12903/>
  18. Snarska K, Chorąży M, Szczepański M, Wojewódzka M, Ładny J. Quality of life of patients with arterial hypertension. *Medicina* [Internet]. 2020 [citado 14 de enero de 2023];56(9):1-11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7559811/pdf/medicina-56-00459.pdf>
  19. Wilder L, Clays E, Devleeschauwer B, Pype P, Boeckxstaens P, Schrans D, et al. Health-related quality of life in patients with non-communicable disease: study protocol of a cross-sectional survey. *BMJ Open*. [Internet]. 2020 [citado 20 de febrero de 2023];10(9):1-9. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/32912984/>
  20. Anand T, Joseph L, Geetha A, Prabhakaran D, Jeemon P. Task sharing with non-physician health-care workers for management of blood pressure in low-income and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Lancet Glob Health* [Internet]. 2019 [citado 15 de febrero de 2023];7(1):761. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6527522/>
  21. Kornitzer M, Dramaix M, Backer G. Epidemiology of risk factors for

- hypertension: implications for prevention and therapy. *Drugs*. [Internet]. 1999 [citado 31 de octubre de 2022];57(5):695-712. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/10353295/#:~:text=The most important modifiable environmental,obesity and low physical activity.>
22. Princewel E, Nambile S, Anchang J, Ngwayu C, Indah E, Zennobia V, et al. Prevalence and risk factors associated with hypertension among adults in a rural setting: the case of Ombe, Cameroon. *Pan Afr Med J* [Internet]. 2019 [citado 31 de octubre de 2022];34(1):147. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7025826/>
  23. Bengtson A, Drevenhorn E. The nurse's role and skills in hypertension care: a review. *Clin Nurse Spec* [Internet]. 2003 [citado 15 de diciembre de 2022]; 17(5):2-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14501307/>
  24. Soares A, Rodrigues R, Jannuzzi F, São-João T, Martini G, Nadruz W, et al. Quality of life on arterial hypertension: Validity of known groups of MINICHAL. *Arquivos Brasileiros de Cardiologia* [Internet]. 2015 [citado 17 de noviembre de 2022];104(4):299-307. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4415866/>
  25. Southard D, Coates T, Kolodner K, Parker F, Padgett N, Kennedy F. Relationship between mood and blood pressure in the natural environment: an adolescent population. *Health Psychol*. [Internet]. 1986 [citado 20 de diciembre de 2022];5(5):469-80. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/3757994/>
  26. Doubova S, Martinez I, Aguirre R, Pérez R. Association of hypertension-related distress with lack of self-care among hypertensive patients. *Psychol Health Med*. [Internet]. 2017 [citado 25 de diciembre de 2022];22(1):51-64. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27677320/>
  27. Rastogi R, Sheehan M, Shaker V, Kojima L, Rothberg M. Treatment and Outcomes of Inpatient Hypertension Among Adults With Noncardiac Admissions. *JAMA Intern Med*. [Internet]. 2021 [citado 31 de diciembre de 2022];181(3):345-352. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33369614/>
  28. Danyuthasilpe C. Pender's Health Promotion Model and Its Applications in Nursing Practice. *Songklanagarind Journal of Nursing* [Internet]. 2018 [citado 15 de junio de 2024];38(2):132-141. Disponible en: <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/nur-psu/article/view/132000>
  29. Pender N, Murdaugh C, Parsons M. *Health promotion in nursing practice*. 7.<sup>a</sup> ed. 2006. 1-6 p.
  30. Biobarakuma A, Joshua F, Ismail A, Timothy G. Evaluating health related quality of life among hypertensive patients: An educational intervention study. *International Journal of Science and Research Archive* [Internet]. 2022 [citado 5 de noviembre de 2022];5(2):1-8. Disponible en: <https://ijsra.net/content/evaluating-health-related-quality-life-among-hypertensive-patients-educational-intervention>
  31. Prevolnik V, Ogorevc M, Poplas-Susič A. Health-Related Quality of Life of Type 2 Diabetes and Hypertension Patients in Slovenia. *Value in Health* [Internet]. 2020 [citado 2 de noviembre de 2022];23(2):s602. Disponible en: [https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015\(20\)33568-3/fulltext?\\_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301520335683%3Fshowall%3Dtrue](https://www.valueinhealthjournal.com/article/S1098-3015(20)33568-3/fulltext?_returnURL=https%3A%2F%2Flinkinghub.elsevier.com%2Fretrieve%2Fpii%2FS1098301520335683%3Fshowall%3Dtrue)

32. Souza H, Silva L, Reses D, Gonzalez M. Application of MINICHAL in a group of hypertensive older adults linked to the complementary health sector. PAJAR, Porto Alegre [Internet]. 2020 [citado 20 de abril de 2022];8:1-6. Disponible en: <https://revistaseletronicas.pucrs.br/index.php/pajar/article/view/35631/26184>
33. Astonitas M. Calidad de vida en ancianos con hipertensión arterial atendidos en el consultorio de adulto mayor del Policlínico Próceres Santiago de Surco, Lima 2019 [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Norbert Wiener; 2020 [citado 20 de abril de 2022]. Disponible en: [http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3752/TESIS\\_A\\_STONITAS\\_QUINTANA\\_LEYLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3752/TESIS_A_STONITAS_QUINTANA_LEYLA.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
34. Cardenas M, Machacuay G. Adherencia al tratamiento farmacológico y calidad de vida relacionada a la salud en personas con hipertensión arterial atendidos en el consultorio externo de cardiología del Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – 2018. [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Privada Norbert Wiener; 2019 [citado 20 de abril de 2022]. Disponible en: <http://repositorio.uwiener.edu.pe/handle/123456789/2976>
35. Rodriguez J, Espinoza G. Calidad de vida durante la pandemia por COVID-19, en personas con diagnóstico de hipertensión que acuden a un consultorio de cardiología de un establecimiento sanitario en Mirones, Lima. [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad María Auxiliadora; 2022 [citado 20 de abril de 2022]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/handle/20.500.12970/1068>
36. Hernandez R, Mendoza C. Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa mixta. MCGRAW-HILL INTERAMERICANA S.A; 2023. 748 p.
37. Mann C. Observational research methods . Research design II : cohort, cross sectional, and case-control studies. Emerg MedJ [Internet]. 2003 [citado 23 de agosto de 2024];20(1):54-60. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1726024/pdf/v020p00054.pdf>
38. Bhattacharya PK. Research Methodology in the Health Sciences: A Quick Reference Guide. New York - USA: McGraw Hill; 2021. 177 p.
39. Cuevas-Fernandez J. Perception of the quality of life of hypertensive patients: influencing factors. Dialnet [Internet]. 2003 [citado 4 de diciembre de 2023];(3):1-3. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/tesis?codigo=955>
40. Mar Orozco C. Metodología de la investigación. Métodos y técnicas. Mexico: Editorial Patria; 2020. 228 p.
41. Baqué A, Llach X, Roca-Cusachs A. Cuestionario de calidad de vida en hipertensión arterial (CHAL). Aten Primaria [Internet]. 2002 [citado 15 de marzo de 2022];29(2):116-121. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-cuestionario-calidad-vida-hipertension-arterial-13026230>
42. Oza B, Patel B, Malhotra S, Patel V. Health related quality of life in hypertensive patients in a tertiary care teaching hospital. Journal of Association of Physicians of India [Internet]. 2014 [citado 2 de diciembre de 2022];62:22-29. Disponible en: <https://www.japi.org/q2b4a494/health-related-quality-of-life-in-hypertensive-patients-in-a-tertiary-care-teaching-hospital>
43. Puchure S, Tineo M. Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en pacientes con hipertensión arterial que acuden a su control en

- un establecimiento de salud de Los Olivos, Lima-2022 [Tesis de licenciatura]. Lima-Perú: Universidad Maria Auxiliadora; 2022 [citado 30 de junio de 2024]. Disponible en: <https://repositorio.uma.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12970/900/TESIS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
44. World Medical Association. WMA Declaration of Helsinki: ethical principles for medical research involving human subjects. World Medical Association [Internet]. 2024 [citado 30 de junio de 2024];20(59):1-15. Disponible en: <https://www.wma.net/policies-post/wma-declaration-of-helsinki-ethical-principles-for-medical-research-involving-human-subjects/>
  45. Brothers K, Rivera S, Cadigan R, Sharp R, Goldenberg A. A Belmont reboot: Building a normative foundation for human research in the 21st Century. J Law Med Ethics [Internet]. 2019 [citado 30 de junio de 2024];47(1):1-8. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6587582/pdf/nihms-1036525.pdf>
  46. Levitt D. Ethical decision-making in a caring environment: The four principles and LEADS. Healthcare Management Forum [revista en Internet] 2014 [citado 4 de julio de 2023];27(2):105-107. Disponible en: <https://journals.sagepub.com/doi/abs/10.1016/j.hcmf.2014.03.013?journalCode=hmfa>
  47. Masic I, Hodzic A, Mulic S. Ethics in medical research and publication. Int J Prev Med [Internet]. 2014 [citado 3 de septiembre de 2023];5(9):1-12. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4192767/>
  48. Cantu P. Bioética e investigación en salud. 4ª ed. Mexico DF: Editorial Trillas; 2020. 190 p.
  49. Kandapur R, Modi B, Ansari R, Saxena D. Effectiveness of lifestyle modification on quality of life among uncontrolled diabetics and hypertensives in India – Community based intervention study. Journal of Family Medicine and Primary Care [Internet]. 2022 [citado 2 de julio de 2022];11. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC8963604/pdf/JFMPC-11-492.pdf>
  50. Adedapo A, Akunne O, Adedokun B. Comparative assessment of determinants of health-related quality of life in hypertensive patients and normal population in south-west Nigeria. Int J Clin Pharmacol Ther. [Internet]. 2015 [citado 2 de noviembre de 2022];53(3):65-71. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25613540/>
  51. Findlow J, Seymour R. Prevalence rates of hypertension self-care activities among African Americans. J Natl Med Assoc. [Internet]. 2011 [citado 2 de noviembre de 2022];103(6):3-12. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21830634/>
  52. Shapiro D, Jamner L, Goldstein I. Daily mood states and ambulatory blood pressure. Psychophysiology [Internet]. 1997 [citado 27 de febrero de 2023];34(4):1-2. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9260492/>
  53. White J, Hopkins R, Glissmeyer E, Kitterman N, Elliott C. Cognitive, emotional, and quality of life outcomes in patients with pulmonary arterial hypertension. Respir Res. [revista en Internet] 2006 [acceso 2 de noviembre de 2022]; 7(1): 50-55. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448205/>
  54. Wiener A, Rohr C, Naor N, Villringer A, Singer H. Emotion Regulation in Essential Hypertension: Roles of Anxiety, Stress, and the Pulvinar. Front Behav

- Neurosci [Internet]. 2020 [citado 14 de octubre de 2022];14(1):10-80. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7270409/>
55. Chazova I, Aksenova A, Oschepkova E. Clinical features of arterial hypertension in men and women (according to the National Registry of Arterial Hypertension). *Ter Arkh* [Internet]. 2019 [citado 15 de marzo de 2022];91(1):1-8. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31090364/>
  56. Shea S, Misra D, Ehrlich M, Field I, Francis C. Predisposing factors for severe, uncontrolled hypertension in an inner-city minority population. *N Engl J Med*. [Internet]. 1992 [citado 9 de noviembre de 2022];327(11):76-81. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1501654/>
  57. Osamor P, Owumi B. Factors associated with treatment compliance in hypertension in southwest Nigeria. *J Health Popul Nutr*. [Internet]. 2011 [citado 2 de noviembre de 2022];29(6):19-28. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/1501654/>
  58. Bartels M, Gal R, van der Velden J, Verhoeff J, Verlaan J, Verkooijen H. Impact of the COVID-19 pandemic on quality of life and emotional wellbeing in patients with bone metastases treated with radiotherapy: a prospective cohort study. *Clin Exp Metastasis*. [Internet]. 2021 [citado 5 de enero de 2023];38(2):209-217. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/33634347/>
  59. Kostova D, Spencer G, Moran A, Cobb L, Husain M, Datta B, et al. The cost-effectiveness of hypertension management in low-income and middle-income countries: a review. *BMJ Glob Health* [Internet]. 2020 [citado 20 de noviembre de 2022];5(9):1-30. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7484861/pdf/bmjgh-2019-002213.pdf>



## **ANEXOS**

## Anexo A. Operacionalización de la variable

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE								
VARIABLE	Tipo de variable según su naturaleza y escala de medición	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	N° DE ÍTEMS	VALOR FINAL	CRITERIOS PARA ASIGNAR VALORES
Calidad de vida	Tipo de variable según su naturaleza: Cualitativa  Escala de medición: ordinal	Es la valoración que hace un individuo de su condición de vida, que incluye aspectos sociales, culturales, económicos, que va en relación a su salud y confort (36).	Es la valoración que hacen los pacientes con hipertensión arterial que acuden a su control en un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, de su condición de vida, que incluye aspectos sociales, culturales, económicos, que va en relación a su salud y confort, esto se expresa en los factores como estado ánimo/manifestaciones somáticas, que será evaluado mediante el MINICHAL.	Dimensión 1: Estado de animo	Sensaciones vinculadas a una forma de estar o permanecer	Ítems de 1 al 10	Alta	Alta: Entre 0 - 10 puntos
				Dimensión 2: Manifestaciones somáticas	Sensaciones y comportamientos tan intensos relacionados con los síntomas	Ítems de 11 al 16	Media	Media: Entre 11 - 24 puntos
							Baja	Baja: Entre 25 - 48 puntos

## Anexo B. Instrumento de recolección de datos

### CUESTIONARIO DE MINICHAL

#### I. PRESENTACIÓN

Saludos, soy egresada de enfermería y estoy realizando un estudio para determinar la calidad de vida durante la pandemia en pacientes con HTA. pido su colaboración con ciertos datos y la información que brinde serán confidenciales.

#### II. DATOS GENERALES

Edad:  años

Sexo:

Femenino  Masculino

Estado Civil

Soltero(a)  Casado  Conviviente  Divorciado(a)  Viudo(a)

Nivel de instrucción:  Sin instrucción  Primaria  Secundaria

Superior técnico  Superior universitario

Tiempo que recibe medicamento:

#### III. CUESTIONARIO

Marque la alternativa la cual cree conveniente.

<b>+En los últimos 7 días...</b>	<b>*No, en absoluto</b>	<b>*Sí, poco</b>	<b>*Sí, bastante</b>	<b>*Sí, mucho</b>
1) ¿Tengo dificultad para conciliar el sueño?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) ¿Tengo dificultad para relacionarme con mis amistades habituales?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) ¿Se me dificulta entenderme con la gente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) ¿Siente que su rol en la vida no es útil?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) ¿Es incapaz de tomar decisiones para emprender nuevas cosas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) ¿Se encuentra constantemente agobiado y en tensión?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) ¿Siente que la vida es una lucha constante?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) ¿Es incapaz de disfrutar sus actividades diarias?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) ¿Se siente agotado y sin fuerzas?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) ¿Siente que está enfermo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11) ¿Presenta dificultad para respirar?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12) ¿Ha experimentado hinchazón en los tobillos?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13) ¿Siente que micciona más frecuente?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14) ¿Siente sequedad en la boca?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15) ¿Ha experimentado dolor en el pecho sin ningún tipo de esfuerzo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16) ¿Siente entumecimiento u hormigueo en alguna zona del cuerpo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

## Anexo C. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Se le está haciendo la invitación en esta investigación para involucrarlo como participante. Antes de tomar la decisión de involucrarse o no en este deberá conocer los alcances de este documento.

**Título del proyecto:** Calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022

**Nombre del investigador principal:**

-Samillan Trujillo Yaritza Sofia

**Propósito del estudio:** Determinar la calidad de vida durante la emergencia sanitaria por coronavirus en personas con enfermedad hipertensiva que acuden a un consultorio especializado en un Establecimiento de Salud ubicado en el Cono Norte de Lima, 2022

**Beneficios por participar:** Usted tiene el derecho de acceder a los resultados de este estudio, el cual debe hacerlo a través de los procedimientos regulares (de manera individual/grupal), además debe ser informado sobre los beneficios directos e indirectos que trae esta investigación.

**Inconvenientes y riesgos:** Al ser un estudio no experimental, su participación no implica riesgo alguno, solo se le solicitara brinde información en base a las preguntas consignadas en la ficha de datos.

**Costo por participar:** Ser parte del estudio no implica algún costo que usted deba asumir.

**Confidencialidad:** La información/datos que brinde al encuestador, será anónima y estrictamente confidencial. Los responsables del estudio garantizan la protección de dichos datos.

**Renuncia:** Usted está en el derecho de poder retirarse de la investigación cuando lo crea conveniente. Esta determinación no implica algún tipo de sanción.

**Consultas posteriores:** Ante alguna duda o consulta sobre el curso del estudio, puede dirigirse a el responsable del mismo. En este caso específico el coordinador responsable es Samillan Trujillo Yaritza Sofia, cuyo email es: [samitru98@gmail.com](mailto:samitru98@gmail.com) y teléfono es: 934284301

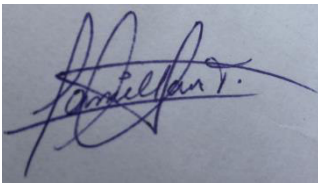
**Contacto con el Comité de Ética:** Si usted tuviese preguntas sobre sus derechos como voluntario, o si piensa que sus derechos han sido vulnerados, puede dirigirse al Dr. Segundo German Millones Gómez, presidente del Comité de Ética de la Universidad de Ciencias y Humanidades, ubicada en la av. Universitaria N°5175, Los Olivos, teléfono 7151533 anexo 1254, correo electrónico: [comite\\_etica@uch.edu.pe](mailto:comite_etica@uch.edu.pe).

**Participación voluntaria:**

Su participación en este estudio es completamente voluntaria y puede retirarse en cualquier momento.

#### DECLARACIÓN DE CONSENTIMIENTO

Declaro que he leído y comprendido, tuve tiempo y oportunidad de hacer preguntas, las cuales fueron respondidas satisfactoriamente, no he percibido coacción ni he sido influido indebidamente a participar o continuar participando en el estudio y que finalmente acepto participar voluntariamente en el estudio.

Nombres y apellidos del participante o apoderado	Firma o huella digital
Nº de DNI:	
Nº de teléfono: fijo o móvil o WhatsApp	
Correo electrónico	
Nombre y apellidos del encuestador(a)	Firma
Samillan Trujillo Yaritza Sofia	
Nº de DNI	
75564191	
Nº teléfono	
934284301	
Datos del testigo para los casos de participantes iletrados	Firma o huella digital
Nombre y apellido:	
DNI:	
Teléfono:	

Lima, agosto de 2022

**\*Certifico que he recibido una copia del documento**

.....  
Firma del participante